



MUNICIPIO DE SAN JUAN
Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Hacer

Exhibit D
Crim. No. 12-594
(ADC)

EXPEDIENTE SALA DE EMERGENCIAS

Apellido Paterno Ramos	Apellido Materno Ramos	Nombre S Nelson	Núm. de Expediente: N/A	Núm. de Paciente 9689	Fecha: 22/8/12
Dirección: Villamansel CI Camino U962 Toca Bay					Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Fecha de Nacimiento: 7/10/71 día mes año	Lugar de Nacimiento: Caguas	Nombre del Padre: Nelson	Nombre de la Madre: Udela	Teléfono Residencial: 998-4200	Traído Por: (Nombre y Relación) Agente Hatos Mun. 7042
A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA			Estado del paciente:	Llegado en:	Notificado a: nombre
Nombre y Relación: Udela Madre			<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Incoherente	1. <input type="checkbox"/> A Pie 4. <input type="checkbox"/> Unid. Resc. 2. <input checked="" type="checkbox"/> Policía 5. <input type="checkbox"/> Trans. Priv 3. <input type="checkbox"/> Amb. 6. <input type="checkbox"/> Otro	1. <input type="checkbox"/> Familia 3. <input type="checkbox"/> Forense 2. <input type="checkbox"/> Policía 4. <input type="checkbox"/> Otro
Dirección y Teléfono: 998-4200			Nombre del Policía:	Núm. de Placa:	Hora: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. Núm. de Querrela:
RAZON DE LA VISITA, HISTORIAL Y TRATAMIENTO PREVIO A LA CONDICION ACTUAL					
ETR					
Hallazgos Físicos:					
ETR					
Impresión Diagnóstica: (no abreviar)					
(1) (2) (3)					
Tratamiento: (continuar en hoja de Ordenes Médicas y Notas de Progreso de ser necesario, incluir resultados positivos de laboratorios y rayos X)					
ETR.					
Firma y # Lic. 11499				Fecha: 22/8/12 día mes año	Hora: 3:15 <input type="checkbox"/> A.M. <input checked="" type="checkbox"/> P.M.
Disposición:					
1. <input checked="" type="checkbox"/> Alta 2. <input type="checkbox"/> Referido a: 3. <input type="checkbox"/> Alta sin consentimiento 4. <input type="checkbox"/> Fallecido					
Condición al Momento de Salir: estable, asint		Fecha: 22/8/12	Hora de Alta: 5:00 <input type="checkbox"/> A.M. <input checked="" type="checkbox"/> P.M.	Firma de Médico: [Firma]	# Lic. 11499

**EXPEDIENTE SALA DE EMERGENCIAS
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo Ramos Ramos Nelson

Nombre del Paciente

creyendo que tengo

una condición que requiere cuidado inmediato de emergencia, por la presente autorizo al **Centro Más Salud del Departamento Salud de la Capital**, para proveer dicho cuidado, limitado a diagnóstico y tratamiento de emergencia, y que dicho tratamiento se me administre por y bajo la supervisión del médico de turno de Sala de Emergencias y los asistentes o consultores que pueda necesitar.

Reconozco que recibiré una evaluación y/o tratamiento de emergencia y que éste no intentará sustituir el cuidado de mi condición, el cual continuará de acuerdo a la disposición y recomendaciones del médico.

Autorizo al **Departamento de Salud de la Capital** a usar o divulgar mi información de salud para tratamiento, pago u operaciones relacionadas con el cuidado de salud; y/o utilizar el facsímil o sistema electrónico para enviar mi información para tratamiento, pago y/o actividades relacionadas con el cuidado de salud.

22 agosto 12, 3:50
Fecha / Hora: ☐ A. M. ☒ P. M.

[Firma]
Firma del Paciente (Padre, Tutor o Encargado)

Testigo (si aplica)

[Firma]
Firma de Persona que Orienta al Paciente

El paciente no firmó por la siguiente razón: _____

Fecha / Hora: ☐ A. M. ☐ P. M. Nombre del Profesional de la Salud Firma

**EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR
ABANDONAR LA FACILIDAD SIN AUTORIZACION MEDICA**

Yo _____ (el paciente) o (representante del paciente) solicito se (me) (le) dé de alta de esta facilidad a pesar de no contar con la opinión y consejo del médico que (me)(le) atiende, y de la administración de la institución. He sido debidamente advertido de los riesgos en que se incurre saliendo de esta institución en las condiciones en que (me)(se) encuentro. Relevo al médico y a la institución de toda responsabilidad por cualquier efecto adverso o negativo que resulte de esta acción.

Fecha: ____/____/____ día mes año	Hora: <input type="checkbox"/> A. M. <input type="checkbox"/> P. M.	Firma del paciente: (padre, tutor o encargado)	
Nombre del Testigo:		Firma del Testigo:	
Nombre y Firma de la personal que orienta al paciente:			
El paciente no firmó por la siguiente razón:			
Nombre del Profesional de la Salud:	Firma, Título, Núm. de Lic.:	Fecha: ____/____/____ día mes año	Hora: <input type="checkbox"/> A. M. <input type="checkbox"/> P. M.